

## L'anxiété dans le vécu de l'animateur\*

Arthur Trenkel\*\*

Ce qui a caractérisé le travail Balint dès le début de manière spécifique, c'est son orientation « centrée sur le patient », à l'opposé de l'optique médicale courante que Balint a qualifiée de « centrée sur la maladie ». Cette description trop abstraite de ces deux façons de considérer les choses, introduite et employée par Balint lui-même, ne rend cependant pas assez claire la différence fondamentale entre les deux perspectives. La maladie et le malade sont des réalités essentiellement dissemblables et non comparables.

Les maladies sont dans notre compréhension actuelle des objets plus ou moins isolés et assez abstraits dans le cadre de nos connaissances. Il semble qu'à l'heure actuelle, on puisse évaluer à environ 40 000 de tels objets du savoir, codifiés et systématisés. Sous ce regard, le patient particulier devient avant tout un lieu de manifestations concrètes des maladies dont les signes réclament l'intérêt principal.

Or, ce n'est pas un patient en tant que porteur de maladie qui est pris en considération, si nous parlons avec Balint d'une perspective orientée vers le malade, mais bien le patient en tant que personne avec sa conscience individuelle, son champ d'expérience propre et son histoire unique dans une situation particulière. Il s'agit chez ce patient-là d'une réalité multidimensionnelle qui, malgré son unicité concrète, ne sera jamais saisissable de manière définitive. C'est la réalité de l'être singulier qui intéresse dans l'optique centrée sur le patient. Sa maladie en fait partie, non pas comme une chose codifiée et anonyme, mais comme « l'être malade » de l'individu, à savoir comme sa maladie à lui.

Lorsque le médecin abandonne l'optique traditionnelle pour développer une vue plus centrée sur le patient, il s'agit d'un changement qui n'est pas qu'un complément de son savoir. S'il s'intéresse à la réalité complexe de son patient en ne lisant plus les « offres » de celui-ci exclusivement selon la manière apprise, il devra en même temps s'ouvrir à une réalité analogue en lui-même. Si le patient n'est plus

un simple « porteur de maladie », le médecin ne peut rester un simple « porteur de savoir », il devra faire de sa propre personne un organe de résonance et il devra apprendre à s'en servir professionnellement.

Ce n'est que par ce changement d'attitude que nous reconnaitrons plus clairement la différence *fondamentale* entre les deux perspectives. Par l'utilisation de son propre vécu comme source de connaissance professionnelle, un champ d'expérience spécifique s'ouvre au médecin, permettant des points de vue bien insolites. Nous appelons ce champ d'expérience aujourd'hui *la perspective relationnelle* et nous entendons par là l'espace interpersonnel et intersubjectif de la dynamique réciproque multiple se déployant entre les êtres humains, il serait, à mon avis, assez imprudent de considérer la totalité de tout ce qui se passe dans cet espace relationnel comme « psychique », et d'identifier ainsi l'attitude centrée sur le patient à l'attitude psychologique familière. Nous voyons de plus en plus clairement que même dans le domaine du psychisme, nous pouvons distinguer la perspective orientée vers le patient de celle orientée vers la maladie (par exemple la nosologie psychiatrique et aussi psychanalytique). D'autre part, nous savons fort bien que les expériences relationnelles se font également au niveau du corps.

Le travail dans la perspective relationnelle ne déplace par conséquent pas notre intérêt corporel vers le psychisme, mais du général au particulier. Il le centre sur l'individu, et ceci aussi bien par rapport à son corps comme à son psychisme. La perspective relationnelle ouvre la base primaire – avant nos clivages – de toute expérience interpersonnelle permettant le vécu authentique de soi et d'autrui. Il s'agit pour nous de garantir le libre accès à cette expérience préscientifique en évitant de couvrir ou même de remplacer ce champ spécifique par des constructions théoriques.

Cette attitude de fond fera sentir aux participants de groupe que leur pratique professionnelle se situe d'emblée dans cet espace primaire et qu'elle n'est que secondairement le lieu où un savoir théorique sera « appliqué en pratique ».

Le groupe Balint est ainsi un lieu où cette réalité pratique peut être perçue et saisie pour retrouver sa place en tant que constituant fondamental de toute expérience médicale.

### L'animateur, la perspective relationnelle et l'anxiété

Cette dissolution des schémas habituels de penser, auxquels on est plus ou moins identifiés, s'accompagne d'une insécurisation bien compréhensible, il s'agit de la peur vis-à-vis de l'illimité et de l'incalculable. J'aime bien, dans ce contexte, la métaphore du nageur qui se rend en pleine eau, sans bateau sécurisant et sans ceinture de natation. Ce passage est indispensable aux participants d'un groupe Balint, et l'animateur se rend à son tour dans ces mêmes eaux. En le faisant, il se fie uniquement à son expérience comme « nageur » qui consiste dans une sensibilisation plus poussée et plus consciente à l'égard des phénomènes relationnels en tant que tels. A l'égard des horizons relationnels du cas particulier présenté, l'animateur n'est pas plus préparé que les participants. Chaque séance groupale représente pour lui aussi un mouvement vers l'inconnu et l'incertain. Il se sert, lui aussi, de ses capacités personnelles comme base de toute perception; c'est à partir de son propre vécu qu'il cherchera à utiliser les événements relationnels en les mettant en rapport avec les contributions des participants du groupe. En ce qui concerne la peur des « grandes eaux » relationnelles et de leurs risques, l'animateur ne se trouve aucunement dans une situation privilégiée. Il se vit souvent encore plus exposé car se sentant responsable du déroulement de la séance, soit en regard du rapporteur, soit en regard du groupe. En plus il croit souvent qu'on attend de lui les solutions décisives des problèmes.

Or, ce dernier point ne devrait pas être le souci majeur de l'animateur. A mon avis, sa tâche consiste plutôt dans l'effort incessant d'ouvrir l'espace ludique dans lequel les phénomènes relationnels du cas relaté peuvent se représenter librement. La tâche d'être un garant fiable de cet espace ouvert, est liée à la simple capacité de moins craindre « la natation en pleine eau » et de mieux supporter l'insécurité. La peur de ne pas trouver « le fil rouge » peut devenir angoissante tant que l'animateur n'ose pas s'orienter librement vers la relation soignant-soigné présentée, et rester dans « l'attention flottante » jusqu'à ce que la naissance d'un concept utile puisse se faire. Dans cette situation, il lui faut une certaine force de résistance permettant de défendre les eaux extraterritoriales contre les tentatives du groupe qui vise à se sauver le plus vite possible vers une rive sécurisante et de

neutraliser par une mise à sec objectivante toute angoisse naissante.

On n'attend donc pas de l'animateur d'être sans crainte ou d'être un champion dans l'art d'éviter l'angoisse. On lui demande plutôt d'utiliser sa propre anxiété comme antenne professionnelle et d'en faire un repère pour mieux percevoir les événements inconscients circulant dans le groupe. Quant à l'angoisse, l'animateur devrait être assez expérimenté pour « lire » sa propre peur, non seulement comme le signe d'une insécurisation personnelle, mais aussi pour l'interpréter en vue de ce qui se passe dans le groupe par rapport au cas en question. Même la peur de ne pas trouver « le fil rouge » peut sous cet angle devenir elle-même le fil recherché, ce qui n'est pas seulement un jeu de mots, mais à nouveau l'expression de ce fameux changement d'attitude qualifiant le travail Balint. Cette fois il s'agit du « changement limité bien que considérable » de *l'animateur*, et comme il s'agit en plus du vécu de la peur, ce changement d'attitude aura une signification particulièrement fondamentale, étant donné le rôle central que tient l'angoisse dans tous les troubles relationnels, y compris ceux avec soi-même.

Nous avons à faire là à des angoisses profondes en rapport avec des risques relationnels primordiaux. Je pense à la peur de ne pas être « vu » et reconnu dans son propre vécu de soi, ce qui est éprouvé par ce vécu-même comme un renvoi ou un refus. En plus, je pense à la peur de ne pas être respecté dans son « jardin » le plus personnel, ce qui oblige à le protéger contre des empiètements redoutés d'une manière telle que ce jardin ne participera plus à la vie communicative, et deviendra par là inutilisable pour le propriétaire lui-même. En outre, je pense à la peur d'être abandonné, ridiculisé, dévalorisé, condamné ou autrement blessé par l'autre; ou inversement, d'être idolâtré et glorifié par lui, ce qui serait lié à des attentes difficilement acquittables. Tous ces risques convergent en dernier lieu vers la mésestime de « l'être soi-même » ou la dépossession de ce centre personnel. Chaque être humain est à sa propre façon un « enfant brûlé » ayant appris au cours de son histoire à se protéger spécifiquement contre ces risques relationnels profonds. Le rempart correspondant est pour ainsi dire muni d'un système d'alarme approprié qui déclenche l'angoisse en cas de menace spécifique. Cette angoisse se

présente par conséquence sous des formes et des couleurs très individuelles qui ne se laissent pas facilement frapper au même coin. Elle peut servir par contre comme indicateur à l'égard de la vulnérabilité personnelle et spécifique.

C'est dans une telle vision que j'ai décrit l'angoisse comme «le gardien de porte sur le seuil de la réalité individuelle», parce que l'accès au vécu de soi ne me paraît guère possible dans la relation thérapeutique sans qu'on touche à la sphère de ces angoisses de fond. Le maniement relationnel de ce domaine ouvrirait par conséquent des possibilités communicatives précieuses : l'intérêt pour ces angoisses et ces risques – dans l'espace groupal comme en consultation médicale – serait donc fondamental. Il s'agirait de ne plus éclipser ces angoisses des relations professionnelles comme il est de coutume, mais de s'en servir en tant que symptôme conducteur.

Au cours du travail en groupe, l'animateur peut devenir une sorte de «pace maker» (régulateur) à cette possibilité, mais seulement dans la mesure où il a appris lui-même à manier ce domaine au lieu de l'éviter.

En abordant les sensations d'anxiété comme indicateurs dans le sens décrit, nous nous rendons bien compte combien elles sont centrales et ubiquitaires, et combien elles déterminent les interactions relationnelles. De même, nous nous rendons compte combien l'angoisse est contagieuse en se propageant facilement à l'interlocuteur par une sorte d'induction. Quant à l'animateur Balint, il me paraît indispensable qu'il connaisse ce phénomène de propagation à travers son expérience, et qu'il apprenne à s'en servir en tant qu'instrument de travail.

L'angoisse se présente comme phénomène de seuil aux confins du soi particulier dans ses dimensions conscientes et inconscientes, mais elle est à son tour très mobile par le fait qu'elle se montre et se cache dans des masques variables. Ce qui facilite l'orientation – aussi dans l'animation Balint – c'est la compréhension existentielle de l'antinomie fondamentale entre les besoins de sécurité et ceux de l'autodétermination qui se reflète dans des angoisses correspondantes, à savoir celle d'être exclu et abandonné d'une part et celle d'être enfermé et fixé d'autre part. Nous tous, nous organisons notre vie dans cette polarité, mais le champ libre entre les deux pôles varie sensiblement d'un individu à l'autre. Bien des personnes semblent être coincées entre ces besoins sous forme de conflit

rigide. Elles redoutent tout aussi bien la possibilité d'un changement que celle de la pétrification définitive de leur vie. Nous croyons avoir reconnu dans ce dilemme une des origines des troubles corporels dits fonctionnels.

Dans le groupe Balint, de telles situations se reflètent dans le vécu des participants, et les angoisses correspondantes sont transmises par voie d'induction allant du patient à son médecin et de lui au groupe. L'animateur devrait être en mesure de reconnaître ces phénomènes et les manier dans le travail groupal. C'est vrai que ces processus à miroir n'apportent pas la solution de tous les problèmes du cas, mais il n'est pas rare que le rapporteur éprouve une libération sensible à l'égard des «broussailles» relationnelles où il se trouvait impliqué auparavant, et où les angoisses avaient joué un rôle important. Il va de soi que ce déroulement d'une séance n'est possible que si l'animateur ne se laisse pas impliquer de la même façon.

#### L'animateur comme «pace maker» (régulateur)

Comme je l'ai déjà dit, je vois une des tâches principales de l'animateur de groupe dans son effort de créer et de recréer sans cesse l'atmosphère permettant aux participants de percevoir leurs propres sentiments et sensations et de les exprimer à travers des idées personnelles.

L'autre tâche essentielle est, à mon avis, de mettre en rapport les réactions, les phantasmes et les idées exprimés dans le groupe avec l'histoire rapportée. Il me paraît important que l'animateur, en ce faisant, ne se comporte pas comme un expert qui est seul capable de tirer les bonnes conclusions, mais qu'il se présente plutôt comme un pace maker qui, par ses propres contributions, anime – le mot pris au pied de la lettre – les autres à s'exposer à leur tour de manière libre et impartiale. En tant que «pace maker», l'animateur laisse entrevoir sa propre exposition aux événements du processus groupal. Les sensations d'anxiété tiennent là encore une place importante. Un animateur expérimenté tâchera de travailler en s'interrogeant sans cesse sur les liens qui existent entre ses propres perceptions angoissantes et le cas relaté, et encore sur les raisons pour lesquelles elles surgissent à ce moment-même. Un tel maniement ne permet pas seulement des entrevues précieuses à l'égard des constellations relationnelles qui intéressent,

mais aussi à repérer les multiples manières de défense contre l'angoisse.

J'aimerais particulièrement attirer l'attention sur le fait que le groupe dévie très souvent l'intérêt porté au phénomène relationnel spécifique à l'instant même où la relation est vécue le plus intensément. Il n'y a pas de doute que les déviations, dans de tels moments, sont des phénomènes de protection et de défense. L'anxiété en jeu ouvre de vues précieuses par la relation et les risques qui s'ensuivent.

La forme de défense est en général moins importante que la situation dans laquelle elle se manifeste. Il est quand même utile de connaître les modes les plus fréquents pour les reconnaître dans les situations concrètes. Un caractère distinctif de tous ces modes est la tendance à s'éloigner du vécu particulier, personnel et individuel, pour se perdre dans le général, le rationnel et l'anonyme ; le mouvement va du concret à l'abstrait, et de l'ici et présent vécu vers les idées toutes faites, il s'agit le plus souvent de réflexions et de questions qui, d'emblée, frappent par leur généralisation superficielle qui se distinguent sensiblement de l'intensité préalable. Ce qui n'exclut pas la possibilité de questions et de réflexions fort savantes et intéressantes. Elles peuvent même témoigner d'une intelligence si brillante que le groupe entier et peut-être aussi l'animateur, succombent à leur pouvoir de séduction. Dans cette situation, on apprécie un coanimateur fiable et capable de ramener le cours des événements vers le centre de l'intérêt, c'est-à-dire vers la relation spécifique en question.

Un autre mode de déviation consiste dans la tentative d'introduire un cas similaire en vue de faciliter la compréhension du premier. Cet effort présente – sous une forme relativement atténuée – la manière la plus fréquente de défense contre l'angoisse, à savoir la tendance à la généralisation rationalisante. Elle s'appuie sur la conviction incarnée des médecins que l'observation d'une situation concrète ne pourra qu'être consolidée par la généralisation, ce qui est tout à fait vrai pour certains aspects de la connaissance. Mais de croire à partir de là que ce fait devra se confirmer toujours et partout, revient en soi à une généralisation simpliste. Le travail Balint, où nous cherchons à comprendre le particulier et les relations individuelles spécifiques, l'a bien mis en évidence.

Là aussi, le rapport à l'anxiété me paraît capital. Il permet à l'animateur une orientation dans le vaste champ des préjugés, idéologiques et même des

systèmes de pensée tout faits, à condition qu'il résiste à la peur de la peur. Ainsi, le maniement conscient et sensible de l'anxiété libère notre vue sur beaucoup de phénomènes relationnels, mais également sur bien des façons instituées d'éviter l'angoisse dans notre culture, et particulièrement dans la culture médicale.

Si le travail Balint permet d'affirmer notre regard aussi dans cette direction, c'est grâce au fait qu'elle est une institution *entre* les institutions. Cet « interstice » dont a parlé Guyotat (à Varese) est digne d'être défendu contre toute tentative désirant l'annexer. Dans l'approche relationnelle au malade particulier, s'ouvrent des possibilités de connaissance et aussi d'action qui ne doivent pas tout de suite être rangées dans des modes de pensée pré-codifiés. Il s'agit bien au contraire d'un relâchement important de toutes ces attitudes figées, et par là d'une activation de modes d'expériences insolites parce qu'inaccessibles à la pensée objectivante de nos jours. Ce n'est que dans une structure interactionnelle libre, que d'autres voies de la connaissance deviennent accessibles. Dans le groupe Balint, en tant qu'« interstice », cela devient possible. Son champ d'expérience permet un apprentissage se distinguant essentiellement de toute transmission de savoir dans le sens de l'enseignement courant.

En faisant vivre au groupe l'expérience relationnelle, l'animateur est le « pace maker » en vue de cet apprentissage. Son rôle se désigne moins par une démarche active que par sa capacité flexible de s'engager et de se délimiter de manière hétérogène. Cette attitude permet au groupe *d'utiliser* l'animateur comme le patient pourra utiliser son médecin, à condition que celui-ci ne s'identifie pas, mais qu'il s'offre en tant que partenaire personnalisé. Le fil rouge de l'anxiété vécue s'avère ainsi comme fil d'Ariane dans le labyrinthe de l'objectivation totale, mais aussi dans celui des variétés innombrables de l'escamotage rationalisant.

\*Présentation faite lors de la rencontre internationale des animateurs Balint à Saint-Malo et publiée dans *La Revue de Médecine Psychosomatique* (éd. La pensée sauvage, Grenoble, n°26, juin 1991).

\*\* Président de la Fédération Internationale des Organismes de Psychologie Médicale. Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie F.M.H., Kramgasse 47, Bern.